ITEM 233 : PÉRICARDITE AIGUË

Péricardite = inflammation des feuillets du péricarde avec ou sans épanchement péricardique :
- **Aiguë** < 4 à 6 semaines - **Récurrente** : après un intervalle libre > 4-6 semaine
- **Prolongée** > 4-6 semaines - **Chronique** > 3 mois

Etiologie	**Virale ou idiopathique** (90%)	- Virus (rarement retrouvé) : **entérovirus (coxsackie A et B), échovirus, adénovirus, CMV, parvovirus B19, EBV, herpès, VIH, hépatite C, influenza…** - Tableau typique : - Sujet jeune, syndrome grippal récent, prédominance masculine - Début brutal, fébrile, avec ETT généralement normale : péricardite sèche - **Epanchement pleural** souvent associé - Diagnostic : **sérologies** répétées à 15J (non systématique), **PCR** sur ponction/biopsie (peu réalisée) - VIH : fréquent, avec épanchement. Lié au VIH ou autre virus, bactérie, fongique, lymphome, Kaposi - Pronostic principal : **rechute** ou **récidive** (20-30%). Tamponnade et constriction rares ➙ Formes chroniques récidivantes : après diagnostic viral, discussion d'Ig ou IFNα
	Tuberculose	- Tableau : péricardite subaiguë liquidienne, associé à une AEG et à une fièvre modérée - Terrain : sujet tuberculeux, âgé ou greffé, infecté par le VIH, alcoolique - Notion de contage dans l'entourage ou virage récent de l'IDR (mais 1/3 de faux négatifs) - Diagnostic : recherche de **BK** (tubages gastriques, expectoration ou liquide pleural/péricardique), ↗ adénosine désaminase dans épanchements, IDR/Quantiféron ± granulome à la ponction-biopsie - RP : anomalies fréquentes - Risque évolutif : **tamponnade, récidive, péricardite constrictive** -Traitement : Classique prolongé au moins 1 an ± Prednisone pour diminuer le risque de péricardite constrictive
	Péricardite purulente	- Rare mais grave. Contexte : chez l'immunodéprimé ou post-chirurgie cardiaque ou thoracique - Germe : **staphylocoque** (post-chirurgical), **pneumocoque, streptocoques, BGN…** - Pronostic sévère. Complications : **tamponnade, péricardite constrictive** - TTT : - **Antibiothérapie** adaptée à la ponction péricardique - **Drainage chirurgical** souvent nécessaire
	Post-infarctus	- **Précoce** (J3-J5) : en cas d'**IDM étendu** avec infarctus transmural, d'évolution favorable - **Tardif** (2 à 16 semaines) = **syndrome de Dressler** : **péricardite, fièvre, AEG, arthralgie, épanchement pleural gauche**, **syndrome inflammatoire biologique** important, **allongement du QT.** Devenu rare depuis la reperfusion coronarienne précoce
	Péricardite néoplasique	= **Tumeur primitive** (= **mésothéliome péricardique**, rare : 40 fois moins que les métastases) Extension par contiguïté (**sein, poumon**) Métastase (**sarcome de Kaposi, mélanome**) **Hémopathie maligne** (**lymphome, leucémie**) - Diagnostic **: - ETT ± TDM/IRM** (tumeur péricardique) - **Ponction péricardique ± biopsie péricardique** indispensable : diagnostic de malignité - Risque évolutif immédiat : **hémopéricarde**, **tamponnade** **- Récidive fréquente** de l'épanchement : suivi clinique + ETT
	Maladie systémique	= **Lupus, PR, sclérodermie, périartérite noueuse, dermatomyosite**… : diagnostic d'élimination - Diagnostic : ↗ lymphocytes, Ac anti-sarcolemme dans le liquide péricardique, **myocardite** associée
	Post-chirurgie cardiaque	- **Syndrome post-péricardotomie** : inflammation dans les jours/mois suivant une chirurgie cardiaque ou après transplantation cardiaque, risque de **tamponnade** et de **péricardite constrictive** (1ère cause) - **Hémopéricarde post-opératoire** : précoce
	Autres	- **Dissection aortique** avec **tamponnade** **- Traumatisme thoracique/cardiaque :** hémopéricarde lors de KT (radiofréquence, pose PM) **- Post-radique** (lymphome, cancer du sein) : en général 1 an après - **IRC terminale** : - **Péricardite urémique** chez le patient non dialysé ou début de dialyse : exsudat - **Péricardite de l'hémodialysé** : transsudat, par traitement épurateur inadapté - Médicament : **hydralazine, pénicilline** - Autres : **pancréatite, myxœdémateuse** (**hypothyroïdie**), **RAA…**

Diagnostic

Critères diagnostiques de péricardite aiguë

≥ 2 critères/4 :
- Douleur thoracique
- Signes ECG
- Frottement péricardique à l'auscultation
- Epanchement péricardique à l'ETT

SF

- **Douleur thoracique**: - Précordiale gauche ou rétro-sternale, prolongée, parfois intense, résistante à la trinitrine
  - ↗ par la toux, l'inspiration profonde et par le décubitus et ↘ par l'antéflexion
- **Fièvre** modérée : présente d'emblée ± **syndrome pseudogrippal** en cas de péricardite virale, myalgies, asthénie
  La fièvre est moins fréquente chez le sujet âgé
- Signes respiratoires (↘ par l'antéflexion) : **dyspnée, toux sèche, dysphonie, hoquet**

SC

- **Frottement péricardique** : - Inconstant**,** fugace, d'intensité variable, précoce, souvent associé à une tachycardie
  - Variant dans le temps et les positions : crissement de cuir, froissement de soie…
  - **Systolo-diastolique à 3 temps** : protodiastolique, présystolique et systolique
  - Persiste en apnée : diagnostic différentiel avec un frottement pleural
- **Assourdissement des bruits du cœur**
- **Signes d'insuffisance cardiaque droite** : suspecter une tamponnade
- **Possible épanchement pleural**

PC

ECG

- Anomalies diffuses non systématisées sans miroir, en 4 stades successifs = **tétrade d'Holtzman** :
1. 1er jour : sus-décalage du segment ST diffus, concave vers le haut, souple, sans signe en miroir
2. 24-48h : retour à la ligne isoélectrique du segment ST et **aplatissement des ondes T**
3. 1ère semaine : négativation des ondes T de façon circonférentielle (= restent asymétriques)
4. 1er mois : retour à la ligne isoélectrique du segment ST et **des ondes T**
- Autres : - **Microvoltage diffus** : QRS < 5 mm en dérivation périphérique ou < 10 mm en précordial
  - **Sous-décalage du segment PQ** (repolarisation auriculaire): précoce, très évocateur
  - **Troubles du rythme supra-ventriculaire** fréquents : **tachycardie sinusale, ESA, FA, flutter**

→ ECG possiblement normal, à répéter

RP

- Le plus souvent normale, possible rectitude du bord gauche
- Anormale en cas d'épanchement péricardique abondant : **cardiomégalie symétrique** en « carafe »
- Orientation : **lésions tuberculeuses, opacité pulmonaire néoplasique, calcification péricardique** ou **pleural, épanchement pleural** souvent associé (= pleuro-péricardite)

ETT

- **Epanchement péricardique** (parfois minime) : espace clair vide d'écho, parfois minime
  Evaluation de l'abondance, la topographie, la tolérance hémodynamique de l'épanchement

→ L'absence d'épanchement n'exclut pas le diagnostic : **péricardite sèche**
- **Masse péricardique** : MT ou caillot de péricardite néoplasique, fibrine cloisonnant l'épanchement
- **Trouble de cinétique ventriculaire global ou segmentaire** : **myocardite** associée

Bio

- Bilan standard **: NFS, Vs-CRP**, **troponine ou CPK-MB** (↗ si myocardite**), iono, urée, créat**
- Autre : **IDR** si suspicion de BK, **hémoculture** si fièvre, **bilan auto-immun** si suspicion de MAI

Autre

- **IRM/TDM cardiaque :** Patient non échogène, péricardite néoplasique, épanchement cloisonné
  Suspicion de myocardite pour l'IRM (séquences de rehaussement tardif au gado)
- **Ponction péricardique** indiquée si : - Tamponnade
  - Forte suspicion de péricardite néoplasique
  - Epanchement péricardique abondant > 2 cm, symptomatique, persistant sous traitement > 1 semaine

→ Glucose, protides, LDH, cytologie, ED (+ Gram, Zieh-Nielsen), culture bactérienne, PCR (virale et BK)
- **Drainage péricardique chirurgical** : en cas de suspicion de péricardite purulente

Complications

Tamponnade

= **Epanchement péricardique dans un espace non expansif → adiastolie aiguë**

→ Le risque dépend de l'importance et surtout de la **rapidité de constitution** de l'épanchement

Cause

- **Péricardite néoplasique** : 30% des tamponnades
- **Péricardite tuberculeuse**
- **Hémopéricarde** : **dissection aortique, post-traumatique/chirurgical, ponction péricardique, biopsie endomyocardique, pacemaker, ablation d'électrode épicardique**
- Autres : **urémique** (10%), **IDM** (10%, notamment après thrombolyse), **viral** (exceptionnel)

Diagnostic

- **Douleur thoracique**
- **Dyspnée** positionnelle, **polypnée** puis **orthopnée, toux**, parfois dysphagie, nausée, hoquet
- **Tachycardie, pouls paradoxal** (↘ de PA > 10 mmHg à l'inspiration), **bruits du cœur assourdis**
- Tableau de **choc** (tachycardie, PAS < 90 mmHg), **insuffisance ventriculaire droite aiguë** (TJ, RHJ)

<table>
<tr><td rowspan="11">Complications</td><td rowspan="4">Tamponnade</td><td rowspan="3">Diagnostic</td><td>ECG</td><td>- Signe de péricardite avec microvoltage
- Alternance électrique : alternance de QRS microvolté et de voltage augmenté</td></tr>
<tr><td>RP</td><td>- Contribution diagnostic faible : cardiomégalie symétrique en « cœur en carafe »</td></tr>
<tr><td>ETT</td><td>- Epanchement péricardique : circonférentiel abondant, au sein duquel le cœur paraît petit avec une contraction vigoureuse en balancement (aspect « swinging heart »)
- Déplacement paradoxal du septum en inspiration
- Expiration : collapsus diastolique des cavités droites en expiration
Inspiration : compression du VG par le VD</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td colspan="2">➙ Urgence thérapeutique : transport demi-assis
- Drainage chirurgical par sternotomie : drain péricardique, analyse du liquide et biopsie
- Ponction péricardique si état critique ou en attente de drainage chirurgical
- Traitement médical associé : remplissage vasculaire (macromolécules)
- Discussion de l'arrêt ou la neutralisation des anticoagulants</td></tr>
<tr><td>Myocardite</td><td colspan="3">- Péricardite avec ↗ troponine et CPK
- Insuffisance cardiaque fébrile, voire état de choc (myocardite fulminante)
- Cause : généralement virale ou idiopathique
- IRM cardiaque : rehaussement tardif non systématisé, plutôt sous-épicardique
- Coronarographie systématique pour éliminer un SCA</td></tr>
<tr><td>Péricardite récidivante</td><td colspan="3">= 20 à 30% de récidives pour les péricardites virales : fréquente entre 3 mois et 3 ans
- Prévention : traitement prolongé avec diminution progressive, colchicine</td></tr>
<tr><td>Péricardite chronique</td><td colspan="3">= Problème étiologique (surtout en l'absence de contexte évocateur de péricardite virale)
- Cause : péricardite néoplasique (principalement), péricardite tuberculeuse
- Péricardoscopie par fibres optiques avec prélèvement biopsique dirigé possible</td></tr>
<tr><td rowspan="3">Péricardite constrictive</td><td colspan="3">= Epaississement fibreux ou fibrocalcaire du péricarde (± visible au TDM) dans < 10% des cas
- Aboutit à une adiastolie avec égalisation des pressions télédiastoliques des quatre cavités
- Causes principales : péricardite tuberculeuse, post-radique, purulente, IRC ou post-sternotomie</td></tr>
<tr><td>Diagnostic</td><td colspan="2">- Episodes d'insuffisance cardiaque surtout droite à répétition avec dyspnée, prise de poids, OMI, turgescence jugulaire, reflux hépatojugulaire, ascite voire anasarque
- RP : calcifications péricardiques, sans cardiomégalie
- ECG : microvoltage, trouble de repolarisation, FA, troubles de conduction
- ETT : dilatation des oreillettes avec taille normal des ventricules, septum paradoxal, péricarde épaissi, dilatation de la VCI et des veines sus-hépatiques
- TDM/IRM cardiaque : visualisation du péricarde épaissi et calcifié
- Cathétérisme cardiaque droit : aspect caractéristique de dip plateau de la pression du VD (diagnostic différentiel de cardiomyopathie restrictive)</td></tr>
<tr><td>TTT</td><td colspan="2">- Préventif : - Drainage correct des péricardites purulentes avec lavage
- Corticoïdes : diminuerait le risque de péricardite constrictive post-tuberculeuse
- TTT chirurgical curatif possible : péricardectomie (résultats inconstants)</td></tr>
<tr><td rowspan="2">TTT</td><td>Facteurs pronostiques</td><td colspan="3">- Hospitalisation si : Orientation étiologique vers une cause particulière
Complication d'emblée (tamponnade, péricardite récidivante, constriction…)
Facteurs prédictifs d'évolution défavorable
<u>- Hospitalisation si au moins 1 facteur prédictif majeur (< 20% des casà</u> :
. Fièvre > 38°C
. Symptômes depuis plusieurs jours ou semaines avec début subaigu
. Epanchement péricardique > 20 mm ou tamponnade
. Résistance au traitement anti-inflammatoire depuis 7 jours
<u>- Hospitalisation discutée si facteurs prédictifs mineurs</u> :
. Patient immunodéprimé
. Patient sous anticoagulant
. Suites d'un traumatisme thoracique
. Présence d'une myocardite associée</td></tr>
<tr><td>Péricardite aiguë bénigne</td><td colspan="3">- Repos, arrêt de l'exercice physique jusqu'à disparition des symptômes et normalisation CRP/ECG/ETT
- Antalgiques pour la douleur thoracique</td></tr>
</table>

TTT	Péricardite aiguë bénigne	**AINS/ Aspirine**	= Traitement par AINS ou aspirine à dose anti-inflammatoire pendant **4-8 semaines** - **Aspirine à dose anti-inflammatoire** : 750 à 1000 mg/8h, soit 1,5 à 3 g/jour - **Ibuprofène** : 600 mg/8h, soit 1,8 g/j - **Indométacine** possible en cas de péricardite aiguë récurrente - Arrêt progressif au bout de 4-8 semaines après une pleine dose 1-2 semaines, de préférence après ETT s'assurant de l'absence d'épanchement péricardique + **Protecteur gastrique**
		Colchicine	= Systématiquement associé, sur une **durée de 3 mois** - Action antalgique, diminue la durée des symptômes et le risque de récidive de 50% - **A faible dose** (0,5 mg x 2/jour), **½ dose** si < 70 kg, > 70 ans ou DFG < 35 mL/min - EI : **diarrhée** ++ → diminution des doses - **Interactions** (CYP3A4) : macrolides, ciclosporine, vérapamil, statines… → Dans ces situations surveillance stricte : NFS, créatinine, transaminases, CPK - **Surdosage** : troubles digestifs, paralysie, cytopénie, alopécie, atteinte rénale, convulsion - Arrêt progressif au bout de 3 mois sur la dernière semaine, 0,5 mg/j un jour sur deux - Contre-indiqué en cas d'insuffisance rénale sévère ou d'IHC sévère
		Corticoïdes	- En 2e intention si échec AINS + Colchicine - Associés à la bithérapie à faible dose de 0,25-0,50 mg/kg/j
		Suivi	- Contrôle à 7j, 1 mois, 3 mois et 6 mois - Vérifier : absence de symptômes, CRP, ETT
	Péricardite récurrente	- Repos +**Aspirine/AINS** et **colchicine** sur une durée prolongée jusqu'à 6 mois en 1ère intention - **Corticoïdes à faible dose** en 2nd intention - En dernière intention : **immunoglobulines IV, anakinra, azathioprine** voire **péricardotomie**	
	Péricardite purulente	- **Drainage chirurgical** avec mise en place d'un **gros drain** ± **antibiothérapie locale** - **Antibiothérapie générale** prolongée	
	Péricardite tuberculeuse	- **Traitement antituberculeux classique** - **Corticoïdes** en prévention de la péricardite constrictive (sauf en cas d'infection VIH associée)	
	Péricardite néoplasique	- **Drainage transcutané** ± **chirurgical** avec analyse - Prise en charge de la néoplasie	